POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec — ROCZNIK PIĄTY — 1903.

I. PRACE ORYGINALNE.

Wrażliwość mimoośna i powiększenie klinowe.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

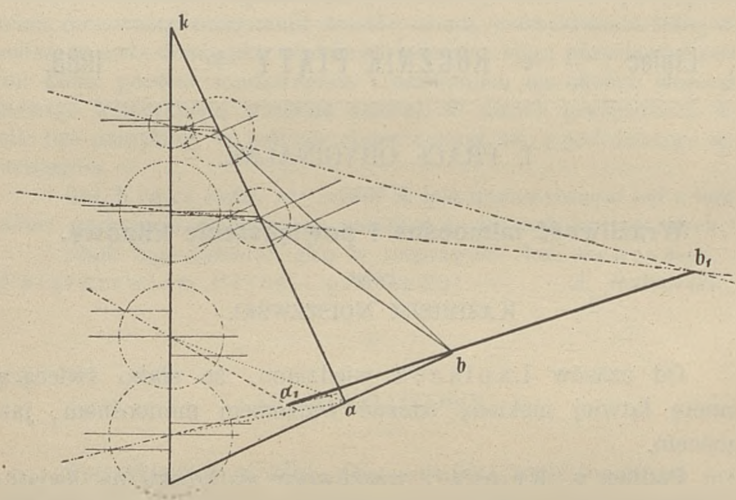
Od czasów Laplace'a wiedziano, że słabo świecącą planetę łatwiej niekiedy odczuć widzeniem mimoośnem, jak naośnem.

Podług v. Kries'a[1]) wrażliwość siatkówki na światło w odległości 3° od punktu naośnego jest po adaptacyi 30 razy większa, jak wrażliwość naośna, a przy 4° wrażliwość mimoośna jest większa od naośnej 60 razy.

Największem ma być powiększanie się wrażliwości w siatkówce w kierunku obwodowym dla barwy sinej; tak w odległości 10° od punktu naośnego w siatkówce wrażliwość na barwę siną jest podług v. Kries'a większa od wrażliwości naośnej w kierunku skroniowym 687 razy, w kierunku nosowym 1457 razy; przeciwnie na barwę czerwoną najwrażliwszą podług niego jest naośna część siatkówki.

[1]) v. Kries: Zeitschrift f. Psych. u. Physiol. d. Sinn. XV, str. 327.

Odmiennego jest zdania Charpentier[1]), który utrzymuje, że mniejsza naośna wrażliwość siatkówki jest tylko pozorna; tego samego zdania jest i prof. Adamiuk. Charpentier w doświadczeniach swoich znajdował zawsze, że wrażliwość naośna większa jest od wrażliwości mimoośnej, zarówno w siatkówce adaptowanej jak i nieadaptowanej; trzeba tylko, mówi Charpentier, oszczędzać wrażliwość naośną i doświadczenia wykonywać w ten sposób, żeby światło wpadało do wnętrza oka przez otwór w tarczy, mniejszy od otworu źrenicy. —



Rys. 1.
Klinowe powiększenie linii ab do a, b.

Od dawna już uważałem, że krótkoogniskowcy łatwiej rozpoznają znaki próbne, jeżeli patrzą na nie nie przez środek szkła, ale przez jego obwód; przytem w tym celu jedni z nich przechylają głowę ku górze, drudzy przechylają ją na bok.

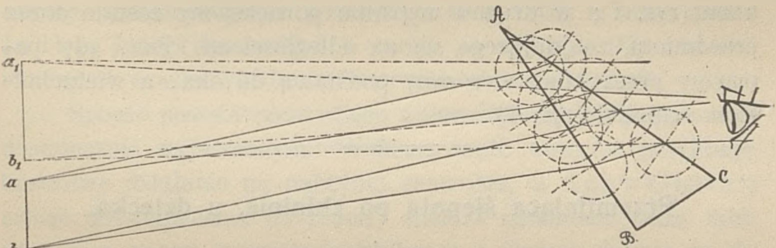
Chcąc się przekonać, o ile taki sposób patrzania poprawia widzenie, wykonałem próbę przedewszystkiem na sobie.

---

[1]) Adamiuk: Bolezni swietooszczuszczajuszczago apparata głaza. T. I i II. Kazań. 1897.

Mając oczy prawidłowo ogniskowe, przy pomocy soczewki o sile łamiącej + 5.0 D robiłem je krótkoogniskowemi, a następnie stawiając przed soczewką + 5,0 D soczewkę — 1,0 D raz równolegle, drugi raz ukośnie, porównywałem sprawność wzroku w pierwszym i w drugim wypadku. Oczywiście, że oko drugie, niebadane, było przez czas badania zasłonięte.

Postępowałem w ten sposób: stawałem tak daleko od tablicy z próbnymi znakami, że moja sprawność wzrokowa była zaledwie = 20 milim., gdy przed okiem znajdowała się soczewka + 5,0 D i przed nią, równolegle do niej, — 1,0 D.



Rys. 2.

Klinowe powiększenie linii ab do a, b,.

Pochylając następnie soczewkę — 1,0 D, natychmiast spostrzegałem, że sprawność wzrokowa powiększa się w miarę pochylania aż do W = 4 mm [1]).

Następnie przekonałem się, że polepsza wzrok nie tylko pochylenie szkła wklęsłego, ale ten sam skutek sprowadza pochylenie szkła wypukłego, a najbardziej wykazuje to doświadczenie ze szkłem klinowem, mamy tu bowiem, zarówno przy szkłach wklęsłych jak i wypukłych, powiększenie klinowe, o którem donosiłem już w Postępie Okulistycznym [2]).

---

[1]) Noiszewski: Badanie widzenia różniczkowego i całkowego z tablicą. — Post. Okul., str. 327. 1901.

[2]) Znaczenie pochłaniania i załamania promieni słonecznych w powietrzni o zmroku dla objawu Purkinjego i adaptacyi siatkówki. — Post. Okul. 1902. Z. 2.

Dalsze badania wykazały, że w ten sposób działają nie tylko szkła wklęsłe i wypukłe, ustawione przed okiem, ale, że w podobny zupełnie sposób działa i soczewka, znajdująca się w naszem oku, przy mimoośnem odczuwaniu przedmiotów; soczewka nie daje wprawdzie wówczas tak dokładnego obrazu, jak przy postrzeganiu naośnem, ale za to zbiera większą ilość promieni i rzuca je na większą ilość składników wrażliwych siatkówki, dzięki właśnie powiększeniu klinowemu.

Na załączonych rysunkach wykazane jest powiększenie klinowe w dwóch wypadkach. W pierwszym wypadku powiększony zostaje obraz przedmiotu, znajdującego się u podstawy klina (rys. 1); w drugim wypadku powiększony zostaje obraz przedmiotu, znajdującego się na odległości od klina, gdy patrzymy przez klin, zwrócony podstawą do oka, a wierzchołkiem naprzód (rys. 2).

Przemijająca ślepota po chininie, u dziecka.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Następstwa chininy ujemne na przyrząd wzrokowy nie należą dziś już do rzeczy mało znanych, ale zawsze sposób działania tego środka z jednej strony, a możliwość ustąpienia pewnych toksycznych objawów z drugiej strony, budzą niewątpliwie pewne zajęcie.

Wedle spostrzeżeń amerykańskich okulistów, jak Knappa i Gruninga, którzy mieli sposobność spostrzegania dość znacznej ilości odnośnych przypadków, ślepota występuje po wielkich dawkach, albo przynajmniej po dawkach mniejszych, ale często podawanych. Wedle Brunnera[1]), opierającego się na spostrzeżeniach i doświadczeniach Hornera w Zurychu, minimalna dawka wynosiłaby 2·6 gr., gdy dawka w naszym przypadku była o wiele mniejszą. Ale nie trzeba zapominać, że swoista wrażliwość ważną przytem oczywiście odgrywa rolę.

[1]) Ueber Chininamaurose. Inaug. Dissert. Zürich. 1892.

Nagłe oślepnięcie poprzedza zazwyczaj ogólna bladość, osłabnięcie; dzwonienie w uszach i głuchota. Źrenice przestają oddziaływać, wziernikując zaś, widzimy tarcze blade, naczynia, zwłaszcza tętnice, cienkie, czasami zaledwo dostrzegalne, w postaci niteczek białych, ale tarcze o granicach prawidłowych bez zagłębienia znamionującego tarcz zanikową.

Ślepota taka trwa nieraz długo, by powoli mniej lub więcej ustąpić, pozostawiając zawsze jednak ograniczenie pola widzenia. —

Zdarzają się atoli przypadki, w których wziernikiem nie stwierdzono żadnych zmian, jak o tem świadczą dwa przypadki ślepoty, ogłoszone przez Graefe'go w r. 1857, a trzeci przez Jodkę, który spostrzegał u osoby po wyżyciu 100 gramów chininy w czasie tygodnia obustronne *scotoma centrale*.

Sposób powstawania zmian wziernikowych nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnionym. Większa część autorów przyjmuje kurczowe działanie na naczynia centralne, a Schweinitz[1]) robiąc doświadczenia na psach, znalazł zgrubienia ścian tych naczyń, a nawet zorganizowany zator, i dlatego skłania się do przypuszczenia, że chinina działa najprzód na ośrodek naczynioruchowy, a w następstwie dopiero na same naczynia. Następstwa mogą pozostać trwałe po ustąpieniu działania tego środka. Już Brunner[2]) przypuszczał obniżenie ciśnienia krwi, wskutek czego ściany naczyń zbliżają się do siebie, krążąca zaś w naczyniach krew, zawierając chininę, drażni wśródbłonek naczyń i sprowadza zlepienie ścian trwałe, bo powstające nawet po ustąpieniu działania chininy.

Lubo zapatrywania patogenetyczne powyżej wspomniane mają może najwięcej przedstawicieli, to jednak w ostatnich czasach dano przystęp innym pojęciom w tłómaczeniu objawów ocznych, stwierdzonych przy ślepocie chininowej. I tak

---

[1]) »Additional experiments to determine the lesion in Quinine blindness«. — Transact. of the amer. ophthalm. society, 1891, p. 23.

[2]) Ueber Chininamaurose. Inaug. Dissert. Zürich. 1892.

Schwabe[1]) sądzi, że przypuszczać trzeba, iż chinina wprost na komórki zwojowe siatkówki działa, a zapatrywanie to poparł w rozprawie nad odnośnym odczytem Birch-Hirschfeld, powołując się na własne doświadczenia, na zwierzętach w tym kierunku podjęte.

Nie mając sposobności badaniami pośmiertnemi wykazać rodzaju zmian w podobnych przypadkach przez chininę wywołanych, ani też doświadczalnie na zwierzętach wyrobić sobie zdanie pod względem patogenezy amaurozy chininowej, nie będę kusił się o rozstrzygnięcie kwestyi, które z zapatrywań powyżej przytoczonych jest wyłącznie uzasadnionem. Sądzę zaś, że, jak to często bywa, i jedni i drudzy mają słuszność, bo i jedna i druga okoliczność może przy tem pewną a nieokreśloną dziś jeszcze odgrywać rolę.

Odkładając więc rozstrzygnięcie tej kwestyi na później, chciałbym na przypadku przez siebie spostrzeganym wykazać słuszność zapatrywania, iż przyczyną ślepoty może być zwężenie kurczowe naczyń, które, gdy niezbyt długo trwa, ustępuje, w przeciwnym zaś razie trwałym zmianom dać może przystęp, zmianom, które też trwale upośledzają wzrok.

Chłopczyk J., mający $2^3/_4$ roku, zachorował dn. 1 kwietnia 1901 roku, a lekarz przywołany, przypuszczając zimnicę, zapisał miksturę, w której skład wchodził siarczan chininy w stosunku 1:100. Gdy dziecko atoli niesmacznego lekarstwa brać nie chciało, zastąpiono je euchininą, przepisując 0,25:100. Ponieważ atoli gorączka nie zmniejszała się, powrócono do pierwszego lekarstwa, z którego dziecko wyżyło dwie butelki. Od 6 kwietnia podawano choremu chininę w proszkach, i to 3 razy dziennie po 0,20, z których dziecko do 9 kwietnia spotrzebowało 7 porcyi. W tym to czasie ojciec zauważył, iż oko chorego było mętne i dziecko często we dnie żądało, by lampę zapalano, co tłómaczono sobie majaczeniem, spowodowanem wysoką gorączką.

---

[1]) Ueber die Wirkung des Coffeins auf das Gesichtsfeld bei der Chininamblyopie. — Münch. Med. Wochenschr. 1900, str. 1643. Streszczone w Post. Ok. 1900, str. 468.

Gdy to się jednak powtarzało, mimo, że ciepłota ciała powróciła do granic prawidłowych, przyprowadzono mi dziecko po raz pierwszy dnia 7 mają, a to z powodu, iż ślepota nie ustępuje od chwili, kiedy ją po raz pierwszy stwierdzono. Lekarz, który dziecko miał w swej opiece, zapewniał mnie atoli listownie, iż ślepota ustępowała, ile razy gorączka mijała, a 12 kwietnia miało dziecko w każdym razie jeszcze widzieć, bo ojca siedzącego i piszącego opodal łóżeczka zapytywało, do kogoby pisał.

Ale otóż, co ja sam mogłem stwierdzić dn. 7 maja:

Dziecko nieco blade i osłabione, zawsze jeszcze gorączkujące, zdaje się nic nie widzieć. Źrenice duże i na światło nie oddziałujące, o ile oczywiście przy bardzo niespokojnem zachowaniu się chorego można było z całą ścisłością stwierdzić. Wziernikiem badając, znalazłem ośrodki łamiące oka czyste, prawidłowe, tarcze zaś o fizyologicznym wyglądzie, ale blade, niezagłębione, naczynia, zwłaszcza tętnice, prawie pozbawione swej zawartości.

Przypuszczając następstwa jakiegoś zatrucia, badałem w tym kierunku i dowiedziałem się szczegółów powyżej przytoczonych, a nie mniej i tego, iż dziecko miało zapalenie płuc i opłucnej, które jeszcze pozostawiło ślady.

Przedewszystkiem oczywiście poleciłem odstawienie wszelkich antipyretyków, zwłaszcza chininy, a w miejsce tego kąpiele o ciepłocie umiarkowanej, wino stare, a dla działania na zwężone naczynia środkowe siatkówki wdechiwania amylnitritu, podawanego po 3—4 kropel na chustce.

Dnia 15 maja przywiedziono mi dziecko powtórnie. Ma ono odmienny już wygląd: wesoło biega po pokoju, nie zawadzając o przedmioty, a badawczo nawet przypatrując się rozmaitym przedmiotom, pobudzającym uwagę dziecięcą.

Dowiedziałem się, że dziecko już po pięciu dniach poczęło odzyskiwać wzrok, który odtąd stale silniejszym się staje.

Rzeczywiście też badanie dało wynik wcale niespodziewany. Źrenice wąskie, na światło znakomicie wrażliwe, a wziernikiem ocznym badając, znalazłem tarcze znowu prawidłowo

wyglądające, lubo siatkówka nieco może jeszcze blady ma odcień.

Poleciłem obok postępowania wzmacniającego, nadto zapuszczania do worka spojówkowego rozczynu strychniny.

Po raz trzeci i ostatni widziałem dziecko 4 listopada 1901 r.

Przy niezwykłem na wiek dziecka rozwinięciu umysłowem mogłem stwierdzić tyle, że wzrok obu oczu wynosił mniej więcej $^6/_{10}$ i że dziecko dobrze barwy rozeznawało. Niestety pola widzenia nie dało się oznaczyć. Za łaskawem pośrednictwem prof. Raczyńskiego, którego rady zasięgano także ponownie w czasie choroby, dowiedziałem się jeszcze później listem z dn. 23 marca 1903 pisanym, że wykonano u dziecka operacyę dla usunięcia wysięku opłucnowego i że dziecko obecnie doskonale się ma i niczem upośledzonego wzroku nie zdradza.

Lubo przypadek powyższy niestety z powodu okoliczności odemnie niezależnych mógł być tylko pobieżnie badanym, to jednak z wielu względów zasługuje na uwagę.

Najprzód dlatego, że tutaj ślepota, pierwotnie występująca, jak się zdaje, z przerwami, by ostatecznie zmienić się na stałą, była następstwem dawek względnie małych, w każdym razie nie przekraczających przyjętych dla chorych wieku tego dziecka.

Dalej niezwykłem jest to szybkie względnie ustąpienie ślepoty po odstawieniu czynnika takową wywołującego. Nie wchodzimy w to, czy środek rozszerzający naczynia, podawany tutaj krótki czas, odgrywał jaką ważniejszą rolę leczniczą.

A w końcu znamienną nam się być zdaje owa *ischaemia* wziernikiem stwierdzona, a później zupełnie ustępująca, co znowu wziernikiem dało się stwierdzić.

Jeżeli nie dla wszystkich przypadków ischaemię i jej następstwa przyjmiemy jako czynnik ujemnie działający, to niewątpliwie przyjąć go musimy dla wielu, a za tem przemawia też niewątpliwie piękne spostrzeżenie Stoeltinga[1], w którem

[1]) Folgen einer Chininvergiftung am Auge. — Graefes Archiv LV, str. 85 i nast.

w dwa lata po stwierdzonych zmianach ocznych, polegających na niedowidzeniu, ograniczeniu pola widzenia, przy bardzo ścieśnionych naczyniach środkowych, pojawił się zanik tęczówki, a zwłaszcza zniknięcie prawie zupełne pokładu barwikowego, co sprawiało, że oczy przypominały bardzo oczy albinosów. Autor słusznie zaznacza, że chociażbyśmy inne objawy oczne zatrucia chininą chcieli tłómaczyć degeneracyą nerwową, to już zanik tęczówki tak obfitującej w naczynia chyba tylko zmianami w tych naczyniach występującemi zrozumieć można, a mybyśmy również i zmiany siatkówkowe, względnie nerwu wzrokowego w pierwszej linii do wpływu odczynnika na naczynia odnieśli. —

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Ctrbl. f. pr. Aghk. 1903. Z. 5. (Ref. Dr Gruder).

O rozwoju ciałka szklistego u kręgowców (Ueber die Genese des Glaskörpers bei Wirbelthieren). Prof. Cirincione z Siena.

U kręgowców pęcherzyk oczny *(Augenbläschen)* powstaje z wypuklenia słupka nerwowego, wcielonego w t. zw. *Mesenchym,* tak, iż ektoderma wcale nie bierze udziału w tworzeniu tej części oka. Prof. Rabl niedawno postawił hypotezę, wedle której ciało szkliste jest prawdziwą tkanką, której początku szukać należy w wypustkach i fibrilach przybłonka siatkówki. Prof. Lenhossek zaś widzi początek ciała szklistego w soczewce. Na odczycie, połączonym z okazaniem preparatów mikroskopowych (köngr. anatom. w Hajdelbergu 1 czerwca 1903), autor podał następujące wyniki swych badań:

Ciało szkliste rozwija się zrazu z istoty, wypełniającej przestrzeń pomiędzy powierzchnią siatkówki a soczewką. Istota ta jest wytworem siatkówki i soczewki; otacza ona boczną i przednią powierzchnię soczewki. W miarę, jak elementy mesenchymatyczne wnikają w głąb wtórorzędnego pęcherzyka ocznego *(secundäre Augenblase)*, znika także zwolna i ta istota. Niektórzy badacze nowsi, zdaniem autora, mylnie wywodzą początek ciała szklistego z siatkówki.

Autor przytacza jeszcze szczegółowo, w połączeniu z preparatami drobnowidowymi, rozwój ciała szklistego u różnych kręgowców od najniższego do najwyższego gatunku (ustęp ten nie nadaje się do streszczenia i należy go w oryginale przeczytać).

Z oddziału ocznego szpitala św. Rocha (Mitteilungen aus der Augenabteilung des St. Rochus-Spitals). Prof. Dr Goldzieher z Budapesztu.

1. *Nieco o porażeniu urazowem mięśni oczodołu.*

Chłopiec 17letni oślepł nagle wskutek urazu za pomocą ostrego narzędzia w okolicę prawego oka. Badanie wykazało ranę, powstałą przez ukłucie, popod *margo supraorbitalis* w okolicy kącika zewnętrznego. *Ptosis* górnej powieki, gałka nieco występująca ku przodowi (4 mm), nieruchoma; źrenica, zupełnie rozszerzona, nie oddziaływa na światło wcale. Wziernikiem widać tarczę od dołu i zewnątrz nieco zamgloną. $V = 0$. Drugie oko prawidłowe $= {}^5/_5$. Prawdopodobnie narzędzie ostre dostało się do *fissura orbitalis superior* i spowodowało porażenie tutaj przechodzących nerwów ocznych, mianowicie wszystkich mięśni ocznych, *levator palp. superioris* i nerwu ocznego, gdyż po krótkim czasie wziernikiem można było stwierdzić zupełny zanik nerwu ocznego. Wystąpienie gałki ocznej, „*prolapsus*“ (nie *protrusio*), uważa autor za następstwo porażenia mięśni ocznych, utrzymujących gałkę w odpowiedniem położeniu i napięciu *(Muskeltonus)*. Po kilku miesiącach przyłączyła się także *keratitis neuroparalytica*, poczem gałkę wyjęto. W okolicy *fissurae orbital. superioris* znajdowały się lekkie wyrośle kostne. Przy końcu autor zwraca uwagę lekarzy sądowych na wyniki takich urazów oka.

2 przypadek. Robotnik 25letni został nożem zraniony w okolicę *incisurae supraorbitalis*. *Ptosis* górnej powieki, lekki trzeszcz. Źrenica szeroka i nieruchoma, gałka również nieruchoma; V o. pr. $= 0$. Cała gałka, spojówka i skóra powiek na dotyk nieczułe. Ból głowy i wymioty. T — 3. Wziernikiem widziano bardzo zwężone tętnice, żyły rozszerzone znacznie i rozpoczynający się zanik n. ocznego. Rozpoznano więc urazowe porażenie następujących nerwów: *opticus*, pierwsza i druga gałęź nerwu trójdzielnego, *abducens* i *oculomotorius*. Co się tyczy drugiej i po części trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, to porażenie tychże zostało spowodowane prawdopodobnie pośrednio przez pęknięcie górnej ściany oczodołu i następowe uszkodzenie zwoju Gasser'a.

Z kliniki okulistycznej w Lipsku.

Obustronny wrodzony brak przedniej warstwy tęczówki w dwóch pokoleniach (Doppelseitiger kongenitaler Defekt des vorderen Irisblattes in zwei Generationen.). Dr A. T h y e (Klin. Monatsblätter f. Aghk. 1903. IV.).

Pierwszy przypadek dotyczy mężczyzny 32letniego (ojca dwojga żyjących dzieci), krótkowzrocznego od urodzenia, operowanego przed 7 laty w tejże klinice na zaćmę oka lewego. Bystrość wzroku wynosiła wtedy na pr. oku $^6/_{24}$ — 8 D; na l. oku $^6/_{24}$ + 9 D. W zeszłym roku zgłosił się powtórnie na klinikę ze zaćmą prawego oka. Badanie wykazało: rogówkę małą, źrenicę mimośrodkowo położoną i nieregularną, szczególnie wewnątrz i ku górze. Rysunek tęczówki wewnątrz i ku górze widoczny, ale słabo rozwinięty. W niektórych miejscach jest tkanka pajęczynowata, tak, że warstwa barwikowa prześwieca. Barwa utrzymanej warstwy przedniej źrenicy jest niebieskoszarą. Ku dołowi i w większej części na zewnątrz brak zupełny przedniej warstwy tęczówki. Warstwa barwikowa leży tutaj w promienistych załamkach, a tylko w niektórych miejscach jest delikatnymi i unaczynionymi sznurkami łącznotkankowymi pokrytą. Zwieracz dobrze utrzymany, źrenica rozszerza się tylko na zewnątrz ku górze i ku dołowi, po atropinie rozszerza się w postaci stojącego owalu. Soczewka zupełnie zaćmiona. Tęczówka lewego oka okazuje podobne zmiany. oprócz tego ma jeszcze wycięty kawałek ku górze po operacyi. W źrenicy widać cienką błonkę. Przy ruchach okiem widać wyraźne falowanie warstwy barwikowej, podczas, gdy w miejscach, gdzie utrzymana jest warstwa tęczówkowa, falowania brak.

Po operacyi katarakty na pr. oku wynosiła bystrość wzroku $^6/_{18}$ + 8 D ⊂ cyl + 2·5 oś pozioma, a na l. oku po dyscyzyi $^6/_{18}$ + 9 D ⊂ cyl + 1·5 oś pozioma.

Drugi przypadek, chłopak 10letni (syn), okazuje zez rozbieżny, *nystagmus horizontalis,* źrenice mimośrodkowo ku górze wewnątrz przemieszczone. Na tęczówkach dołem, a częściowo także po wewnętrznej i zewnętrznej stronie wielki ubytek przedniej warstwy, a brunatna warstwa barwikowa kilkoma szaroniebieskimi sznurkami pokryta. Przy ruchach gałki faluje warstwa barwikowa. Na światło źrenice dobrze oddziałują, górnowewnętrzny brzeg źreniczny zdaje się być nieruchomy.

V pr. o. $^6/_{18}$ z + 1·5 D ⊂ cyl + 1 D oś prostopadła
l. o. $^6/_{24}$ z + 0·5 D tak samo. [nieco wyraźniej.

Wziernikiem żadnych zmian nie znaleziono.

Zdania autorów co do powstawania tych zmian są podzielone.

Dr Piotr Geisler.

Rodzinne zwyrodnienie barwikowe siatkówki (Rétinite pigmentaire congénitale familiale; examen anatomique). Dr Aubineau z Brestu (Ann. d'Oc. 1903, T. CXXIX. Z. 6.).

Autor spostrzegał zwyrodnienie barwikowe siatkówki u trojga rodzeństwa: u mężczyzny 52letniego i u dwóch sióstr jego w wieku 44 i 42 lat. Rodzice tych chorych byli ze sobą spokrewnieni, innych jednak wpływów rodzinnych lub dziedzicznych nie można było wykazać. U wszystkich trojga chorych objawy były zupełnie podobne: bardzo znaczne upośledzenie wzroku, takie, że badanie pola widzenia było niemożliwe, — wybitna hemeralopia, a wziernikiem widać było liczne złogi barwikowe w siatkówce, nie przypominające jednak postacią ciałek kostnych, jak to zwykle bywa, prawie zupełny zanik naczyń siatkówkowych i zanik nerwów wzrokowych. Obraz wziernikowy przemawiał ponadto także za zchorzeniem naczyniówki. — Autor miał sposobność w jednym z tych przypadków (u mężczyzny, który umarł w szpitalu) wydobyć obie gałki oczne i zbadać je anatomicznie. Badanie to wykazało: 1. Warstwę włókien nerwowych, warstwę komórek zwojowych i warstwę ziarnistą wewnętrzną — prawie zupełnie wolne od zmian. 2. Zanik i zupełne zwyrodnienie warstwy ziarnistej zewnętrznej oraz zanik pręcików i czopków (z wyjątkiem okolicy plamki żółtej). 3. Zmiany w przybłonku barwikowym i emigracyę barwika aż do najbardziej wewnętrznych warstw siatkówki. 4. Brak jakichkolwiek zmian zapalnych. 5. Wybitny zanik *chorio-capillaris* i stwardnienie naczyń naczyniówki.

Najwybitniejsze zmiany były umiejscowione w pasie poza równikiem gałki, a nasilenie ich zmniejszało się stopniowo ku *ora serrata* i ku biegunowi tylnemu. Obecność zmian w naczyniówce nie obala bynajmniej rozpoznania: *retinitis pigmentosa congenita,* a przeciwnie potwierdza tylko najnowsze badania, które w tym kierunku ogłosili Wagenmann i Gonin. *K. W. Majewski.*

Przypadek obustronnej histerycznej amaurozy (Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Amaurose.). Z kliniki okulistycznej w Lipsku. Dr Vetter (Klin.Monatsbl. f. Aghk. 1903. IV.).

Krawiec 35letni zgłosił się do kliniki, podając, że od 2 dni zauważył zaćmienie na lewem oku, a wieczorem przy patrzeniu na światło miał widzieć tęczowe kręgi. Badanie wykazało obuocznie niedomiarową niezborność, po której wyrównaniu bystrość wzroku $= {}^{6}/_{12}$. Lewe oko okazuje nieżyt spojówkowy i ropienie z woreczka łzowego. Rogówka gładka, lśniąca, czysta i przezroczysta. Czucie znacznie obniżone. Źrenica lewa szersza od prawej, na światło

jeszcze oddziaływa. Wziernikiem zmian żadnych nie dostrzeżono. Napięcie obu ócz jednakowe. Przednie żyły rzęskowe lewe nieco pokręcone. Pole widzenia normalne. *Punctum proximum* po wyrównaniu wady refrakcyi znajduje się u pr. oka Jäg. 2 : 17 cm; l. oko Jäg. 3 : 25 cm.

Ponieważ objawy podmiotowe w połączeniu z szerokością źrenicy wskazywały na jaskrę, zapuszczano pilokarpinę, poczem źrenica się zwężyła, a inne objawy ustąpiły na 24 godzin, później zaś wszystkie pierwotne objawy powróciły. Zmiany te podczas czternastodniowego spostrzegania pod wpływem pilokarpiny kilkakrotnie się powtarzały, przyczem zauważono, że rogówka stawała się nieco mętną. — W pięć dni po wypuszczeniu z kliniki powrócił chory z tymi samymi objawami, skarżąc się przytem na bóle głowy i między łopatkami, i podając, że wkrótce po wypuszczeniu miał zemdleć. Badanie nie wykazało żadnych nowych zmian chorobowych, tylko chory lewem okiem po wyrównaniu szkłami nic z bliska czytać nie mógł.

Ponieważ i teraz podejrzywano jaskrę, zrobiono irydektomię na lewem oku, a po kilku tygodniach także na prawem, u którego podobne objawy wystąpiły. Po 3 latach zemdlał dwa razy, wskutek czego zbadano go na oddziele polikliniki, gdzie wykazano histeryę. W dwa lata później miał mieć silny napad, połączony z bólami w tyłogłowiu, po ustąpieniu którego utracił wzrok. Po zgłoszeniu się w trzecim dniu po napadzie na klinikę, miał tylko poczucie światła bez zmian patologicznych. Wzrok odzyskał dopiero w kilka tygodni później po nowym napadzie. Od tego czasu miewa takie napady raz w każdym tygodniu, a wśród tych napadów jeszcze 3 razy utracił wzrok, który po suggestywnem leczeniu antypiryną i zakraplaniem cynku powoli się poprawiał. Za histeryczną amaurozą w tym przypadku przemawia nagłe wystąpienie tejże i tylko po cięższych napadach, jakoteż nagłe odzyskanie wzroku po jednym napadzie, a również powolne odzyskiwanie utraconego wzroku w następnych trzech ślepotach po suggestyi.

Można również przypuszczać, że pierwotne objawy, które chorego sprowadziły do kliniki, były na tle histerycznem, bo jaskry stanowczo rozpoznawać nie można było dla braku podniesienia ucisku wśródocznego i dobrzeżnego wydrążenia tarczy wzrokowej, jakoteż dla braku ścieśnienia pola widzenia, podczas, gdy obniżenie czucia rogówki, rozszerzenie źrenicy, przemijające porażenie akomodacyi i podmiotowe dolegliwości chorego mogły wystąpić na tle histerycznem, zwłaszcza, że dwukrotne badanie histeryę wykazało.—

Dr Piotr Geisler.

Stosunek górnego szyjnego zwoju nerwu współczulnego do oka. A. Szymanowski, pryw. docent (Wiestnik Oftałmołogii z r. 1902 i książka 1sza z r. b.).

W pracowni uniwersyteckiej autor dokonał 21 doświadczeń na psach, królikach i kotach, drażniąc za pomocą prądu z jednego elementu Marie Davy górny zwój szyjowy i sam nerw współczulny. Ciśnienie oczne wymierzał za pomocą zgiętego manometru, którego ostrą kaniulę wkłuwał do przedniej komórki lub ciała szklistego.

Praca to sumienna i przekonywa czytelnika, że autor dokładnie zapoznał się z literaturą przedmiotu.

Wyniki badań następujące:

Ani przecięcie szyjowego nerwu współczulnego, ani jego podrażnienie, ani też podrażnienie górnego jego zwoju nie mają żadnej styczności z napięciem oka, ani też z wśródocznemi naczyniami; a więc świadectwo wydane przez fizyologa Fr.-Frank'a operacyi Jonnesco przy jaskrze, nie jest słuszne, jako nieoparte na uzasadnionych podstawach.

»Moje doświadczenia — powiada autor — nie usprawiedliwiły wcale dokonanych przezemnie wycięć górnego zwoju n. współczulnego szyi i w niczem nie wyjaśniły tych polepszeń, które niby miały być stwierdzone niekiedy po operacyi Jonnesco przy jaskrze«. *Dr J. T.*

Wewnętrzne zakażenie, jako przyczyna zachorzenia oka. J. Zelenkowski. Prelekcya pro venia legendi (R. Wracz Nr 7.).

Już dawno przed odkryciem drobnoustrojów spostrzegano zachorzenia oczu przy rozmaitych chorobach: *post partum*, po durze, błonicy, *febr. recurrens*, *meningitis epidemica*, *peliosis rheumatica*, a także flegmonach, ropnych zapaleniach stawów, rzeżączce i t. d.

Zachorzenia te objawiały się pod postacią: porażenia mięśni, akomodacyi, *tenonitis*, zapaleń jagodówki, *neuritis posterior*, niedoślepu i jasnej ślepoty i najgroźniejszej — *panophthalmitis*.

Do 40 r. XIX w. tłómaczono to rozmaicie, tak *hypopyon* po zakażeniu połogowem przyjmowano za mleko, zebrane w przedniej komórce *(hypogala)*. Od połowy wieku zeszłego, zgodnie z Virchow'em, widziano w tem udział kapilarnej embolii. Dopiero w r. 1874 pierwszy Heiberg wskazał tu na bakterye, jako przyczynę zachorzeń oczu przerzutowych.

Przytoczywszy liczne na tem polu spostrzeżenia i badania doświadczalne rozmaitych autorów, prelegent w wynikach swych głównie się oparł na doświadczalnych badaniach swoich i Wojciechowskiego z r. 1902.

1. Bakterye (*streptococcus, staphylococcus, diplococcus* F r ä n k l a i in.) łatwiej się dostają do przedniego odcinka oka niż do tylnego; ciecz wodnista jednak przedstawia warunki zapobiegawcze *(fagocytosis)* endogennemu zakażeniu. Przypadki takie zwykle bywają lżejsze.

2. Trudniej się one dostają do tylnego odcinka oka, lecz znajdują tu zato więcej sprzyjających warunków dla swego rozwoju (cięższe przypadki).

3. Podrażnienie i uraz sprzyjają dostaniu się do cieczy wodnistej i ciała szklistego nawet mało jadowitych bakteryi, krążących we krwi.

4. Znaczne zakażenie ustroju sprzyja dostaniu się bakteryi do obydwóch odcinków oka.

5. Cięższe endogenne zachorzenia oka (ropne) spostrzegamy dość rzadko.

6. Endogenne zakażenie oka nie gra żadnej roli w współczulnem jego zapaleniu.

7. Jaka przyczyna niejednakowej dostępności bakteryi do obu odcinków oka? — pozostaje jeszcze rzeczą nierozstrzygniętą.

Dr J. T.

Współczulne zapalenie pomimo wprowadzania jodoformu po septycznem zranieniu odpryskiem żelaza (Sympathische Ophthalmie trotz Einführung von Jodoform nach septischer Eisensplitter-Verletzung). Dr L a a s, okulista z Frankfurtu nad Odrą (Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1903. IV.).

Do autora zgłosił się praktykant ślusarski, któremu dnia poprzedniego wpadł kawałek gwoździa do lewego oka. Badanie prawego oka żadnych zmian nie wykazuje, bystrość wzroku = $^5/_4$. Lewe oko, którego powieki są kurczowo przymknięte, okazuje dość znaczne nastrzyknięcie rzęskowe i spojówkowe i nadzwyczaj silny światłowstręt. W górnej połowie rogówki, 2 mm od górnego brzegu, znajduje się prostopadle ku dołowi przebiegająca, 3 mm długa blizna, o świeżo naciekłych brzegach i o zmętnionej dokoła sąsiedniej rogówce. Wprost ku dołowi tęczówka od ciała rzęskowego oddarta, wskutek czego powstał poprzecznoowalny otwór, w którym można widzieć przednią krawędź metalicznie błyszczącego ciała obcego, a które ku tyłowi zdaje się tkwić w soczewce. W źrenicy szarawy nalot, który nie dozwala wglądnąć do środka oka.

Ponieważ odprysku magnesem H i r s c h b e r g a wydobyć nie można, zrobiono cięcie linijne ku dołowi i po wprowadzeniu elektromagnesu z łatwością odprysk usunięto.

Następnego dnia obrzęk powiek i spojówki gałkowej, a dokoła miejsca przebicia rogówki przez odprysk wytworzył się ropień.

Przednia komora wypełniona wypociną. Objawy te skłoniły autora do wprowadzenia wałeczka jodoformowego do przedniej komory, a po przypaleniu ropnia założono opatrunek sublimatowy. Początkowo powiększał się obrzęk powiek i spojówki gałkowej, a dopiero po kilku dniach stopniowo się zmniejszał, naciek i zmętnienie rogówki nie zwiększyły się.

W trzecim tygodniu zaczyna się rogówka oczyszczać, tęczówka przyrosła do rogówki, oko niebolesne. Prawe oko nieco podrażnione, przy dobrej bystrości wzroku.

W ósmym tygodniu zauważono na błonie Descemet'a prawego oka nieliczne małe naloty, bez zmian w głębi oka i dobrej bystrości wzroku.

Choremu wyjęto oko lewe, a w czwartym dniu po operacyi zauważono silniejsze nastrzyknięcie rzęskowe prawego oka, które, pomimo wcierania rtęci, nie ustępywało, a natomiast naloty na błonie Descemet'a znacznie się powiększyły i przeszły następnie na tęczówkę i ciało szkliste. Bystrość wzroku obniżyła się do $^{3}/_{50}$.

Badanie drobnowidowe wyjętego lewego oka wykazało typowe zmiany, wywołujące sympatyczne zapalenie. W tym przypadku wprowadzony jodoform powstrzymał wprawdzie powstającą panoftalmię od zupełnego rozwinięcia się, ale nie przeszkodził sympatycznemu zapaleniu drugiego oka.

Wobec tego radzi autor ciężko zranione oko raczej wyjąć, aniżeli przez wprowadzenie jodoformu i tak już bezużyteczne oko starać się utrzymać z narażeniem drugiego oka na zapalenie współczulne. *Dr Piotr Geisler.*

W sprawie nawrotowych porażeń nerwu okoruchowego (Zur Frage der rezidivierender Okulomotoriuslähmung.). Dr Schilling z Erlangi (Münch. med. Woch. Nr 18. 1903.).

W r. 1884 opisał Möbius po raz pierwszy nerwicę, polegającą na okresowo występującem jednostronnem i to całkowitem porażeniu nerwu okoruchowego, wśród napadów silnego bólu głowy i wymiotów. Znamienną właściwością tej choroby jest także ta okoliczność, że pierwsze jej początki przypadają najczęściej w dziecięcym — z reguły w młodym wieku, jak niemniej, iż porażenie to pozostaje częściowo także w przerwach pomiędzy poszczególnymi nawrotami.

W kwestyi tej zabierało głos wielu autorów, i tak Charcot sprzeciwił się Möbiusowi o tyle, iż zdaniem jego nie jest to choroba *sui generis,* lecz tylko postać migreny z objawami porażennymi, nadał jej też nazwę *„migraine ophthalmoplégique,* w zeszłym zaś roku Karplus, który pod względem etyologicznym roz-

różnia 2 grupy: do pierwszej zalicza przypadki, stojące w ścisłym związku z migreną, do drugiej zaś te, w których pierwotnym zaburzeniem były niezawodnie anatomiczne zmiany u podstawy mózgu.

Autor podaje przypadek podobny, lecz co do etyologii nie dający się umieścić w podziale Karplusa. U 14letniego chorego wystąpił napad, w następujący sposób się objawiający: Po kilkudniowym braku apetytu i uczuciu niedomagania silny ból głowy w lewej skroni, wymioty, zapad i śpiączka; po 24 godzinach dwuwidzenie, gałka zbacza na zewnątrz, górna powieka opada. Z chwilą, gdy porażenie się rozwinęło, tamte objawy ustąpiły, a po kilku tygodniach ustąpiło i porażenie, lecz tylko częściowo, ponieważ pozostał zez rozbieżny małego stopnia i dwuwidzenie.

Wywiady wykazały, iż zupełnie takiesame napady o tymsamym przebiegu występują u chorego od ósmego roku życia i to zawsze po stronie lewej, początkowo raz w roku, od 3 lat coraz częściej.

Na podstawie neurologicznych danych wyklucza tu autor tak migrenę, jak i zmiany mózgowe (nowotwór), przypuszcza natomiast, że u tego chorego lewy nerw okoruchowy dotknięty jest wrodzonem osłabieniem, za czem ma przemawiać jąkanie się chorego oraz *fibrae medullares* w lewem oku — dno prawego oka jest prawidłowe, — na który to osłabiony nerw działają porażająco toksyny, wytwarzające się w organizmie, o ile nie są związane aleksynami. To ma tłómaczyć owe napady i przerwy pomiędzy nimi.

Dr Edw. Goldwasser.

Przyczynek do urazowego porażenia mięśni ocznych (Beitrag zur traumatischen Augenmuskellähmung.) Radca zdrowia Dr Kempner z Wiesbadenu (Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1903. II).

Rolnik 52letni doznał kawałkiem drzewa urazu w okolicę lewego oka, przyczem zranił sobie powiekę. Po kilku dniach zgłosił się do autora, skarżąc się na ucisk w lewej krawędzi nadoczodołowej, na znieczulenie lewej strony czoła, na ból we wewnętrznym kąciku oka, jakoteż na niezdolność otwierania lewego oka. Badanie wykazało obrzęk lewej górnej powieki jakoteż skóry przy nasadzie nosa, przyczem skóra powieki górnej i całej lewej strony czoła i skroni okazuje ciemnoczerwone zabarwienie. Zgrubiała powieka jest nieruchoma, zwisa wolno i pomimo marszczenia czoła nie podnosi się. Przez nasadę nosa aż do powieki ciągnie się 2 cm długa rana. Po podniesieniu powieki wpada w oko ciemnoczerwone zabarwienie spojówki gałki i zwrócenie oka ku dołowi wewnątrz, zresztą żadnego zranienia gałki zauważyć nie można. Bystrość wzroku na tem oku wynosiła $^5/_5$ z — 0·5 D. Wziernikiem żadnych zmian wy-

kazać nie można. Ruchomość gałki ku górze zniesiona, a oprócz tego oko ustawione jest zbieżnie. Zdolność poruszania na wewnątrz, na zewnątrz i ku dołowi utrzymana.

Po wygojeniu rany i po ustąpieniu obrzęku daje się powieka za pomocą mięśnia czołowego tylko do wysokości górnego brzegu źrenicznego podnieść, chory skarży się na podwójne widzenie i zawroty głowy, a przy zamykaniu lewego oka objawy te znikają. — Ruchomość gałki ku górze zniesiona, przy patrzeniu lewem okiem na przedmiot w blizkiej odległości zwraca się zasłonięte oko prawe ku górze.

Badanie na podwójne obrazy wykazuje:

1. Przy patrzeniu ku górze, równoimienne podwójne obrazy, przyczem obraz oka porażonego stoi wyżej. Przy patrzeniu na prawo i ku górze równoimienne podwójne obrazy ze zmniejszeniem różnicy w wysokości, a ku górze na lewo równoimienne obrazy ze zwiększoną odległością w wysokości.

2. Przy patrzeniu ku dołowi, równoimienne obrazy, przyczem obraz oka porażonego znajduje się o wiele wyżej i na lewo; przy patrzeniu ku dołowi na lewo obrazy równoimienne ze zwiększoną odległością w wysokości, ku dołowi na prawo równoimienne obrazy, ale z mniejszą odległością w wysokości. Górny koniec obrazu oka porażonego jest we wszystkich przypadkach na prawo pochylony.

Z ustawienia oka ku dołowi i z różnicy wysokości obrazów wynika, że porażonym jest mięsień prosty górny oka lewego, zaczem przemawia jeszcze zwiększenie różnicy w wysokości obrazów przy patrzeniu na lewo. Przy porażeniu mięśnia prostego górnego powinny przy patrzeniu ku górze wystąpić obrazy skrzyżowane, a ponieważ obrazy są równoimienne, więc musi być porażonym jeden mięsień skośny, bo mięsień prosty zewnętrzny lewy dobrze funkcyonuje, a jego porażenie nie ma wpływu na skośne ustawienie obrazu i na różnicę w wysokości obrazów. Porażenie mięśnia skośnego dolnego wykluczone z tego względu, bo przy tegoż porażeniu widzianoby przy patrzeniu ku dołowi pojedyncze obrazy. Pozostaje zatem jedynie porażenie mięśnia skośnego górnego, zaczem przemawia zbieżne ustawienie oka lewego, a wskutek tego równoimienne podwójne obrazy, a nareszcie pochylenie górnego końca obrazu porażonego oka na prawo. *Dr Piotr Geisler.*

Przemieszczenie mięśnia przy zezie ku dołowi (Eine Vorlagerung bei Strabismus inferior.). Prof. Dr Konrad Fröhlich z Berlina (Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1903. IV.).

Zez prosto ku dołowi należy do rzadkości i dlatego operacye takiego zeza są nielicznie w literaturze opisane.

Do autora zgłosił się 17letni chłopak, podając, że od roku widzi podwójnie, początkowo tylko przy patrzeniu ku górze, a później zaczęły się obrazy dwoić także przy patrzeniu ku dołowi.

Badanie wykazuje, że źrenica prawa o szerokość tęczówki niżej się znajduje od lewej. Po zasłonięciu lewego oka, podnosi się prawe w celu patrzenia w przedmiot do poziomu, przyczem zasłonięte oko lewe również się podnosi. Jeżeli się następnie prawe zasłoni, to lewe oko obejmuje czynność wpatrywania się w przedmiot i obniża się do poziomu, a prawe o tyle spada prostopadle ku dołowi. Przy patrzeniu na palec, poruszający się od poziomu ku górze, obydwa oczy równomiernie się podnoszą aż do 30° stopni powyżej płaszczyzny poziomej, w wyższej zaś odległości pozostaje prawe oko około $1\frac{1}{2}$ mm niżej lewego, przyczem nie zauważono ani zbieżnego ustawienia oczu, ani skręcenia. Także przy usiłowanem patrzeniu ku górze prawe oko ustawia się dokładnie prostopadle.

Badanie czerwonem szkiełkiem i świecą wykazuje całkiem ku dołowi obrazy pojedyncze i dopiero 20° poniżej poziomu zaczynają się obrazy dwoić, przyczem obydwa obrazy stoją prostopadle jeden pod drugim, a różnica w wysokości nie zmienia się widocznie aż do 30° powyżej poziomu. Powyżej zaś owej płaszczyzny zaczynają się obrazy krzyżować, a różnica w wysokości obrazów się zwiększa przez przesunięcie się obrazu oka prawego ku górze. Przy abdukcyi (na prawo) zwiększa się różnica w wysokości, przy addukcyi (na lewo) zmniejsza się.

Z badania tego wynika, że przyszło tu do porażenia mięśnia prostego górnego z następowym skurczem mięśnia przeciwnego. — Porażenie samo już częściowo się wygoiło, zaczem przemawia towarzyszące równomierne obniżanie się i podnoszenie rogówek przy zasłanianiu oczu. Powiększenie się zaś różnicy w wysokości obrazów przy abdukcyi, a pomniejszenie przy addukcyi, wskazuje na jeszcze pozostały porażenny charakter, porażenie to nie jest jednak wysokiego stopnia, bo brakuje przy patrzeniu ku górze zbieżności i skręcenia osiowego.

W celu usunięcia podwójnego widzenia z różnicą w wysokości obrazków, przecinano początkowo mięsień przeciwny porażonemu na oku zdrowem, tylko w przypadkach o towarzyszącym charakterze przecinano na oku chorem. Nacinano mięsień tylko częściowo, aby był jeszcze w stanie małe różnice w wysokości wyrównać.

Lepsze wyniki daje przemieszczenie mięśni słabszych, który to sposób autor w tym przypadku zastosował.

Początkowo powstało wskutek tego podwójne widzenie, które

usunięto ćwiczeniami stereoskopowemi tak, że po trzech miesiącach wyleczenie było zupełne.

Podwójne widzenie dopiero przy bardzo silnem patrzeniu ku górze występywało i choremu wcale nie dawało się we znaki.

Dr Piotr Geisler.

Zapalenie spojówki, wywołane przez prątek grypy (Die Influenzabazillenkonjunktivis). Doc. zur Nedden z Bonn (Klin. Monatsbl. f. Aghk. 1903. Z. III.).

W zeszłym roku ogłosił Jundell 9 przypadków ostrego zapalenia spojówek u dzieci, które spostrzegał podczas epidemii grypy w zimie r. 1901 w Sztokholmie. Tylko w jednym z tych przypadków obraz kliniczny okazywał wiele podobieństwa ze śluzoropotokiem spojówek na tle zakażenia jadem rzeżączki, w innych zaś wydzielina była mniej obfita, lub nawet nieznaczna, a zapalenie objawiało się głównie zaczerwienieniem i obrzmieniem spojówki powiek i załamków. W wydzielinie spojówkowej wykazał Jundell bardzo wielką ilość prątków Pfeiffera, którym przypisuje rolę czynnika, wywołującego sprawę zapalną. Z plwociny tych samych chorych dzieci wyhodował również bujne kolonie prątka influenzowego. Jundell wypowiada twierdzenie, że prątek Pfeiffera jest tymsamym drobnoustrojem, co prątek Koch-Weeks'a, co prątek ksztuśca opisany przez Spenglera, a wreszcie co prątek Müllera, mający rzekomo wywoływać jaglicę. Tożsamość prątka Pfeiffer'owskiego i prątka Koch-Weeks'a wykazał też Doc. Rymowicz[1]).

Zur Nedden podaje obecnie opis 13tu własnych spostrzeżeń ostrego zapalenia spojówki u noworodków i u starszych dzieci (a w jednym przypadku także u dorosłej osoby). Było to w czasie silnej epidemii grypy, panującej w Bonn w r. 1901. Obraz kliniczny zbliżał się bardzo do *blennorrhoea neonatorum*, choć w kilku przypadkach przeważały objawy zwykłego nieżytu, połączonego z obrzmieniem spojówki powiek, załamków i obwodowych części spojówki gałkowej. Badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej wykazało we wszystkich przypadkach ogromne ilości prątków grypowych. W niektórych przypadkach występywały zaburzenia zdrowia ogólnego (np. silna *bronchitis* z gorączką) lub zajęcie narządów sąsiednich (*rhinitis, dacryocystitis, otitis media* etc.). W ropnej wydzielinie z nosa, z ucha, oraz w plwocinach znajdywano tu zawsze prątek influencowy we wielkiej ilości.

Podczas, gdy Jundell w swoich spostrzeżeniach uważał za-

---

[1]) Por. Postęp Okulist. 1902. Z. VIII i IX.

palenie spojówki jako zmianę następową w przebiegu ogólnej influency, zur Nedden twierdzi przeciwnie, że w przypadkach, które sam spostrzegał, worek spojówkowy stanowił wrota, przez które prątki grypy wtargnęły do ustroju, i przypuszcza, że dla dalszej swej wędrówki obierają one drogi naturalne, to jest przewód nosołzowy, przez który dostają się do jamy nosowej, a stąd do gardła i do dróg oddechowych, to znów przez trąbkę Eustachego do ucha środkowego i t. d.

Co do prątka Koch-Weeks'a, zur Nedden zbija twierdzenie Jundell'a i Rymowicza, jakoby on był identycznym z prątkiem influency, i wskazuje na wielką łatwość w hodowaniu tego ostatniego, gdy przeciwnie prątek Koch-Weeks'a jest co do pożywek niezmiernie grymaśny. Przyznaje jednak, że obydwa te rodzaje bakteryi są ze sobą blisko spokrewnione. —

K. W. Majewski.

Etyologia polipów spojówkowych (Sur l'étiologie des polypes de la conjonctive.) Dr Deschamps z Grenobli (Ann. d'Oc. 1903, T. CXXIX. Z. 6.).

Autorowie podręczników okulistycznych kładą, zdaniem Deschamps'a, zbyt mało wagi na znaczenie etyologiczne ciał obcych w tworzeniu się polipów spojówkowych. Wecker i Landolt w swym *Traité d'Ophtalmologie* wspominają wprawdzie o ciele obcem, kawałeczku kory, który wywołał powstanie polipa spojówkowego, ale przedstawiają ten związek etyologiczny jako zdarzenie raczej wyjątkowe. Deschamps uważa przeciwnie taki związek za regułę. Podnosi on okoliczność, że polipy spojówkowe spotykamy najczęściej u dzieci, zwłaszcza u małych dzieci, które zaprószywszy sobie oko czemkolwiek, nie umieją same uwolnić się od ciała obcego, a przy usiłowaniach ze strony rodziców rozwarcia powiek i wypłukania oka stawiają często niesforny opór. Jeśli dziecko nie dostanie się w ręce lekarza, wtedy ciało obce pozostaje we worku spojówkowym i staje się powodem ustawicznego drażnienia. Na to nieustanne drażnienie odpowiada spojówka, jak wszystkie błony śluzowe, przerostem przybłonka i tkanki łącznej, stanowiącej *stroma* spojówki, co prowadzi z biegiem czasu do wytworzenia typowego polipa, połączonego ze spojówką zazwyczaj cienką szypułą. Ile razy autor miał sposobność spostrzegać i operować przypadek polipa spojówkowego, zawsze udało mu się znaleść ukryte pod polipem wśród zmarszczek spojówki jakieś choćby bardzo drobne ciało obce, a wywiady przemawiały zazwyczaj za tem, że tygodnie, a nieraz miesiące całe musiały upłynąć od chwili, kiedy to ciało obce dostało się do worka spojówkowego. Nakonice opisuje autor dwa

świeże spostrzeżenia, potwierdzające również jego powyższe wywody. — *K. W. Majewski.*

Zapalenie stawów przy śluzoropotoku noworodków (Gelenkentzündung bei Blennorrhoe der Neugeborenen.). Z kliniki okulistycznej w Lipsku. A. Dahlström (Klin. Monatsbl. f. Aghk. Dodatek do T. XLI, 1903.).

Bliźnięta 4tygodniowe przywieziono do kliniki z następującymi objawami: U chłopca były powieki obu ócz nabrzmiałe z dosyć silnym wypływem ropnym, spojówki powiek zaczerwienione i obrzękłe, rogówki w całości zmętnione, a środkowe części głębokimi i szerokimi wrzodami zajęte. U dziewczynki znajdował się na prawem oku duży wrzód rogówkowy z wypadnięciem tęczówki obok silnej wydzieliny ropnej. Lewe oko okazywało mało wydzieliny i czystą rogówkę.

Wywiady wykazały, że matka cierpiała 14 dni przed porodem na białe upławy. Od 3 i 4 dnia po porodzie zaczęły oczy bliźniąt ropieć i od samego początku były leczone lapisem. W 7ym dniu po porodzie zauważono u chłopca nabrzmienie na grzbiebie prawej ręki, a następnego dnia także w stawie łokciowym, przyczem gorączki jakoteż wypływu z cewki moczowej nie zauważono. Po leczeniu w klinice najpierw lapisem, a potem wkraplaniem 20%owego rozczynu protargolu, ropienie wkrótce ustąpiło. Po kilku dniach wystąpił obrzęk prawego stawu nadgarstkowego i łokciowego, a płyn wydobyty po punkcyi zawierał diplokokki.

W dalszym przebiegu choroby nastąpiło u chłopca przebicie rogówki prawej, później lewej z wypadnięciem tęczówki i następowem przypłaszczeniem rogówki. Po 7tygodniowem leczeniu ustąpił także obrzęk stawów z upośledzeniem ruchomości w stawie łokciowym. W zestawionych 20stu przypadkach zapalenia stawów przy *blennorrhoea neonatorum* znaleziono tylko w 9 wypadkach gonokokki w płynie z tych stawów pochodzącym. Autor przypuszcza, że prątki tryprowe dostają się z krwią i limfą do stawów, a do tych naczyń dostają się przez małe naddarcia spojówkowe, powstałe po oddzieleniu się strzępków nekrotycznych, podczas, gdy badania Deutschmann'a wykazały obecność gonokokków w tkance podprzybłonkowej tuż obok ścian naczyniowych przy zupełnie nieuszkodzonych spojówkach. Z zestawionych przypadków wynika, że ani spóźnione leczenie ropotoku, ani złośliwość zapalenia wielkiego wpływu na powikłania z zapaleniem stawów nie mają. *Dr Piotr Geisler.*

Polyarthritis przy blennorrhoea neonatorum. Dr Zygmunt Neuburger z Norymbergi (Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1903. IV.).

Bakteryologiczne badania już dawno wykazały, że prątek try-

prowy, dostawszy się do krwiobiegu, wywołuje w różnych częściach ciała, zwłaszcza w stawach, objawy zapalne. Zapalenia stawów, zawdzięczające swoje powstanie tryprowemu zapaleniu spojówek, należą do rzadkości, w literaturze przypadek niniejszy jest 19tym z rzędu.

U 5dniowego dziecka wystąpiły na prawem oku objawy silnego zapalenia tryprowego w połączeniu z silnym obrzękiem powiek i spojówki i z wydzielaniem gęstej ropy. Wywiady wykazały, że matka cierpiała w ostatnich miesiącach ciąży na obfite białe upławy, a dwa dni przed porodem obrzękły jej stawy kończyn dolnych i miała mieć silne bóle w tych stawach.

U dziecka, pod wpływem okładów lodowych, zakraplania 20%-wego rozczynu protargolu i wymywania 1‰ rozczynem *hydrargyri oxycyanati* ustępywały objawy zapalne na oku i po 14 dniach już śladu po zapaleniu nie było.

W siódmym dniu choroby zauważył autor zaczerwienienie i obrzęk w stawie barkowym prawym i lewym jakoteż nadgarstkowym lewym. W nocy miało mieć dziecko częste drgawki. Po kilku dniach ustąpiły objawy zapalne z górnych kończyn i przeniosły się na nogi i palce u nóg, które to objawy bardzo powoli ustępywały. Po pięciu miesiącach miał autor sposobność oglądać to dziecko, które było już silne i dobrze rozwinięte. *Dr Piotr Geisler.*

Tworzenie się kamieni w przewodzie gruczołu łzowego (Steinbildung im Ausführungsgang der Tränendrüse.). Dr Emil Levi. (Kl. Monatsbl. f. Aghk. Dodatek do T. XLI, 1903).

Ciała obce w gruczołach przewodu pokarmowego nie należą do rzadkości, bo gruczoły te, zwłaszcza ślinianki, znajdują się w miejscach, w których części pokarmów z łatwością dostać się mogą do przewodów i stać się punktem krystalizacyjnym dla przepływającej treści. Gruczoły zaś łzowe są tak umieszczone, że ciała obce z trudnością przez cienkie przewody do nich dostać się mogą.

Ważną przyczyną w tworzeniu się kamieni jest jakość treści przez gruczoły wydzielanej. Gruczoł łzowy wydziela ciecz nadzwyczaj płynną, zawierającą mało istot organicznych i soli, podczas, gdy ślina zawiera znaczną ilość ciał stałych i o wiele więcej soli.

Gruczoł łzowy, w którego przewodzie znaleziono kamienie, pochodził od kobiety, której z powodu chronicznego zapalenia woreczka łzowego wycięto tenże, a ponieważ łzawienie nie ustąpiło, wycięto gruczoł łzowy, nie zdradzający zresztą żadnych zmian patologicznych.

Badanie mikroskopowe wykazało, że tkanka gruczołowa była prawidłowa. Przewody kanalikowe, nieco rozszerzone, były do połowy lekko czerwonawo niebiesko zabarwioną treścią wypełnione. Przy-

błonek dwuwarstwowy wszędzie utrzymany. Przewód, znajdujący się w pobliżu wielkich naczyń i nerwów gruczołowych, tj. koło wnęki, jest znacznie rozszerzony i zawiera ciało obce, wypełniające prawie zupełnie przewód. W niektórych miejscach jest przybłonek wskutek ucisku przylegającego ciała obcego przypłaszczony, jednak nieuszkodzony. Ciało to okazuje wyraźną warstwową budowę i składa się z większej ilości zlepionych kawałków. W górnej części widać wyłącznie współśrodkowo uwarstwioną ziarnistą masę wapnistą, podczas, gdy środek ciała stanowią dwie tak samo uwarstwowione okrągłe płytki, które razem drugim szeregiem współśrodkowych pierścieni są otoczone.

Środkowa część ciała składa się z komórek przybłonkowych, a obwodowa z włókien z ziarnami komórkowemi i w wielkiej ilości z węglanu wapna.

W przypadku tym masy komórkowe umieszczone w środku kamienia, wskazują, że przyszło do oderwania komórek przybłonkowych, które stały się przyczyną wytworzenia się kamienia na około nich. — *Dr Piotr Geisler.*

O dakryops i przetoce gruczołu łzowego (Ueber Dakryops und Fistula glandulae lacrymalis). Dr Nedden, docent prywatny z Bonn (Kl. Monatsbl. f. Aghk. 1903. IV).

Dakryops, który według zapatrywania badaczy jest pęcherzykowatem rozszerzeniem przewodu gruczołu łzowego, należy do rzadkości. Autor miał sposobność spostrzegać dwa przypadki, a mianowicie: U 22letniej dziewczyny rozwinął się guz przed pół rokiem pod górną lewą powieką, który przy pociągnięciu powiek ku górze zewnątrz, a zwróceniu oka ku dołowi wewnątrz przedstawiał się jako miękki, zrazikowy, błoną śluzową pokryty i niebolesny obrzęk w okolicy gruczołu łzowego. Podczas płaczu i przy wzmożonem wydzielaniu łez obrzęk ten się powiększał bez zmniejszania się na ucisk wywarty. Po założeniu węzła udało się torbiel odsznurować.

Drugi przypadek dotyczy chorej 53letniej, która od 30tu lat chorowała na jaglicę. Spojówka powiek była na obydwóch oczach skurczona ze znacznem skróceniem załamków. Przed niedawnym czasem zauważyła chora małe nabrzmienie w spojówce górnej powieki, blizko kącika zewnętrznego, a sięgające od załamka aż prawie do krawędzi powieki górnej. Obrzmienie to miało wygląd pęcherzykowaty, było przeświecające i zawierało treść płynną, która na silny ucisk tylko z trudem dała się usunąć, a przy pobudzaniu do łez, się zwiększała.

Jakkolwiek w żadnym z tych wypadków nie przedsięwzięto badania histologicznego, to obraz kliniczny przemawia za dakryops.

W pierwszym przypadku przyczyną powstania dakryops było bliznowate zwężenie, a następnie odsznurowanie przewodu, odprowadzającego łzy, z następowem rozdęciem i zapaleniem tegoż. W drugim przypadku wskutek skurczenia się spojówki na załamku i następowego ucisku na jeden przewód gruczołu łzowego przyszło do zatkania przewodu, a wskutek utrudnionego odpływu łez i zatrzymania się tychże przyszło do rozszerzenia przewodu gruczołu łzowego. —

Przetoka gruczołu łzowego należy do zjawisk bardzo rzadkich, w literaturze jest 5 takich przypadków opisanych, po wliczeniu 2 poniżej podanych.

Młodemu rolnikowi, który zapadał często na skrofuliczne zapalenie oczu, w celu rozszerzenia szpary powiekowej zrobiono kantoplastykę. Po przyjęciu do kliniki zauważono na górnym brzegu pozostałej blizny mały, okrągły, włoskowaty otwór, z którego od czasu do czasu kropla przezroczystego płynu się wydobywała. Po podrażnieniu oka można było zauważyć wskutek wzmożonego łzawienia silniejsze wydzielanie z otworu przetoki. Usiłowania przedsięwzięte, mające na celu usunięcie przetoki, jak podwiązanie i przepalanie, okazały się bezskutecznemi.

Drugi przypadek przetoki spostrzegałem u 52letniego górnika, chorego od $1\frac{1}{2}$ roku na *pemphigus* spojówki, a wskutek skurczenia się spojówki musiano otworzyć szparę powiekową. Po przyjęciu chorego na klinikę były spojówki powiek silnie zaczerwienione i obrzmiałe, licznymi bliznami pokryte. Po pewnym czasie zauważono na prawem oku w środku blizny pozostałej po przecięciu szpary powiekowej włoskowaty otwór, z którego w pewnych odstępach czasu kropla przezroczystego płynu wypływała. Przy podrażnieniu oka ilość kropel się zwiększała z równoczesnem silniejszem łzawieniem. Cienką sondą udało się przez otwór około 4 mm wejść do przewodu, prowadzącego ku górze zewnątrz.

W obydwóch przypadkach powstały przetoki po operacyi, mającej rozszerzyć szparę powiekową, przy której wogóle takie powikłania nie występują, przypuszczać zatem należy, że w tych przypadkach zraziki gruczołowe dochodziły aż do okolicy powieki dolnej i przy rozszerzaniu powiek odcięto dolną część gruczołu łzowego i wszyto ją do rany. W tych przypadkach istniało jeszcze zbliznowacenie spojówek, które daje powód do zamknięcia przewodu odprowadzającego i do zatrzymywania się łez w zatkanej części, przez co łzy zmuszone są do odpływu przez przeciętą powierzchnię gruczołu, a tworzenie się przetoki wskutek tego zostaje ułatwionem.

Dr Piotr Geisler.

Wycięcie woreczka łzowego, jako środek zapobiegawczy przed zakażeniem przy zawodowych zranieniach ocznych (Die Exstirpation des Thränensackes zur Prophylaxe der septischen Infektion der Berufsverletzungen des Auges.). Dr T. Axenfeld z Fryburga (Kl. Monatsbl. f Aghk. 1903. II.).

Doświadczenie uczy, że przy zwężeniu przewodu nosołzowego nie zawsze można zwiększoną ilość treści woreczka łzowego wycisnąć, zwłaszcza jeżeli wysoka *crista lacrymalis* ucisk na woreczek łzowy utrudnia.

W takich przypadkach radzi autor przed operacyą na oku przeprowadzić próbne przepłukiwanie woreczka rozczynem soli. Jeżeli przy tej sposobności znajdziemy mierne zwężenie przewodu łzowego, które przepuszcza jeszcze płyn, to można przez kilkakrotne przepłukiwanie dostatecznie woreczek łzowy oczyścić; przy zupełnem zaś zwężeniu jest wycięcie woreczka najlepszym środkiem zapobiegawczym przed zakażeniem po operacyi.

Wycięcie woreczka przeprowadza autor w następujący sposób: W znieczuleniu kokainą prowadzi cięcie skórne od wewnętrznego kącika powiekowego począwszy nieco wyżej od *ligamentum canthi internum*, łukowato około 2—3 mm przed *crista lacrymalis* ku dołowi zewnątrz w długości około $2^1/_2$ m aż do kości. Cięcie to jest z tego powodu lepsze od małych cięć skórnych, bo łatwiej można się oryentować. Po przeprowadzonem cięciu należy w pierwszej linii zatamować krwotok, w tym celu używa odpowiedniego wziernika, opatrzonego haczykami, które, rozciągając brzegi rany, równocześnie przez ucisk tamują krwotok. Teraz odłącza okostną od kości aż do *fossa lacrymalis* i w ten sposób cała nosowa i tylna ściana woreczka łzowego zostaje odsłoniętą aż do przewodu nosołzowego. Następnie odcina nożyczkami wierzchołek woreczka i ścianę skroniową, a w końcu oddziela dolny koniec woreczka o ile możności głęboko w przewodzie. Jeżeliby przy odłączaniu okostnej okazał się krwotok, to łatwo go można zatamować wacikiem napojonym kokainą. Do wyłyżeczkowania używa specyalnie do tych operacyi zakrzywionych łyżeczek. Po zatamponowaniu całego otworu rana goi się prędko *per primam*.

Z 270 operowanych, należących do klasy robotniczej, tylko dwa razy zauważył autor zapalenie rogówki w następstwie urazu.

Dr Piotr Geisler.

Sztuczna maturacya zaćmy (La maturation artificielle de la cataracte.). Dr Fage z Amiens (Ann. d'Oc. 1903. T. CXXIX. Z. 6.).

Nie zawsze możliwem jest czekać z operacyą do chwili zupełnego dojrzenia zaćmy; niejednokrotnie byłoby to połączone z materyalną stratą dla chorego, którego zaćma pozbawia już zdolności

do zarobkowania, a postępuje bardzo powoli. Dlatego to oddawna bywają używane różne sposoby przyspieszania sprawy dojrzewania katarakt. Pierwszeństwo pomysłu sztucznej maturacyi zaćmy należy się Gibson'owi, który ją w r. 1811 wprowadził do praktyki okulistycznej. Gibson zatem pierwszy, a po nim Mooren zalecali rozcięcie przedniej torębki w celu przyspieszenia dojrzewania zaćmy. Graefe i Mannhardt (1864) dodawali do rozcięcia torebki wycięcie tęczówki dla zapobieżenia objawom jaskry. Foerster (1881) robi szeroką dobrzeżną irydektomię i masuje korę soczewki przez rogówkę za pomocą stylecika. Meyer, Gunning, Parisotti (1889) ograniczają się tylko do nakłucia rogówki i mięsienia soczewki. Joqs (1889) poleca przekłucie rogówki igłą strzykawki Pravatza, poczem nabiera do strzykawki kilka kropel cieczy wodnej, następnie przebija tąż samą igłą przednią torebkę i wstrzykuje nieco cieczy wodnej do miąższu soczewkowego. Rossander i Rinaldi (1895) masują soczewkę wprost za pomocą stylecika wprowadzonego do przedniej komory przez małą rankę, zrobioną na granicy rogówkotwardówkowej. Fage nareszcie, autor powyższej pracy, miewa dobre wyniki i uzyskuje zupełną maturacyę zaćm starczych średnio w przeciągu trzech tygodni, przekłuwając rogówkę blisko brzegu wąskim nożykiem Graefe'go i zadając tymże samym nożykiem małe cięcie przedniej torebce soczewki przy silnie rozszerzonej źrenicy, poczem przez rogówkę masuje przez chwilę soczewkową korę. Tę samą usługę, co nożyk Graefe'go, oddać także może mały nożyk grotowy używany do paracentezy. — *K. W. Majewski.*

O nowej lampie prześwietlającej i jej zastosowaniu w okulistyce (Ueber eine neue Durchleuchtungslampe und ihre Verwendung in der Augenheilkunde.). Doc. Dr Sachs z Wiednia (Münch. med. Wochschr. Nr 17. 1903.).

Dla oświetlania wnętrza gałki ocznej używano dotychczas między innymi przyrządami także t. zw. *ophthalmo-diaphanoscopu* Prof. Reussa. Polega on na małej lampce żarowej, opatrzonej szklaną osłoną, popod którą przepływająca woda chroni oko przed oparzeniem. Lampki tej używał autor często także celem wyszukiwania ciał obcych nieżelaznych, znajdujących się w ciele szklistem, a to w ten sposób, iż do rany lub miejsca nacięcia w twardówce przykładał ów przyrząd, poczem łatwo było obce ciało spostrzedz i szczypczykami wydobyć.

Dla tych samych celów obmyślił autor lampę, która przewyższa znacznie przyrząd Reussa, ponieważ 1. światło jej bez porównania silniejsze, 2. budowa niezawikłana, 3. nigdy się nie rozgrzewa.

Składa się z gruszkowej lampy żarowej o sile 25 świec, która jest osadzoną na rączce drewnianej i otoczoną szczelnie czarnym płaszczem blaszanym. Osłona ta posiada tylko w jednem miejscu otwór okrągły o średnicy 15 mm, w który wprawiony jest szklany stożek o ściętym i nieco wklęsło oszlifowanym końcu, a jego pobocznica powleczona jest pokładem zwierciadlanym, powierzchnią odbijającą na wewnątrz.

Wystarcza lampę tę przyłożyć na skórę w okolicy zewnętrznego kącika, aby otrzymać różowy odblask z źrenicy i obraz wnętrza gałki, dostateczny dla natychmiastowego zbadania. Wynik jeszcze lepszy, gdy koniec stożka przyłoży się wprost na gałkę po znieczuleniu spojówki i rozszerzeniu źrenicy homatropiną; snop światła, skoncentrowany stożkiem, jest tak silnym, że w wysokim stopniu oświetla wnętrze gałki i uwydatnia szczegóły i zmiany na dnie oka; oprócz odszukania ciała obcego, pozwala także odróżnić przyczynę odczepienia siatkówki, inne bowiem otrzymamy oświetlenie, gdy pod odczepieniem znajduje się ciecz surowicza, inne zaś, gdy spowodował je nowotwór, tu bowiem występuje ono jako ciemna wyspa wśród jasnego tła, w pierwszym zaś przypadku przeciwnie.

W niejednym też przypadku ułatwi ta lampa dokładne zbadanie okolicy plamki żółtej, ponieważ nie wywołuje odblasków na powierzchni rogówki, które przeszkadzają nieraz przy używaniu wziernika.

Autor zamierza lampę tę jeszcze udoskonalić, chciałby mianowicie stosować ją dla celów demonstracyjnych, rzucając na ekran obraz dna oka za pomocą soczewki, oraz dla fotografowania dna gałki. — *Dr Edw. Goldwasser.*

III. NOWE KSIĄŻKI.

A. Skrebicki: *Wychowanie i wykształcenie niewidomych i opieka nad nimi.* Z rys. w tekscie i 5 tablicami pisma *en relief*, punkcikami i liniami. Petersburg. 1903. Stronic 1010. Cena 6 r. sr. (po rosyjsku).

Sędziwy, bo 75letni, kol. A. Skrebicki wystawił sobie przy schyłku życia prześliczny i trwały pomnik w postaci powyższego dzieła, które poświęcił pamięci swej żony, b. swej współpracowniczki. Nie odnosi się ono wprost do naszej specyalności, ale tak jest nam blizkie, tak wiele potrącono tu spraw żywo nas obchodzących, że odmawiając sobie przyjemności chociażby pobieżnego streszczenia, uważam za obowiązek podać przynajmniej spis 21 rozdziałów, oma-

wiających wyczerpująco wszystko to, co się odnosi do najnieszczęśliwszych, bo ociemniałych od urodzenia lub w dzieciństwie.

Część 1sza: Właściwości niewidomych od urodzenia lub od dzieciństwa (Znakomity wykład ich fizyologii i psychologii).

Część 2ga: Obowiązek uczenia takich dzieci.

Część 3cia Zadania wychowania niewidomych.

Część 4ta: Przygotowawcze dla nich szkoły.

Część 5ta: Przedmioty wykładane w szkołach.

Część 6ta: Czy należy w klasach oddzielić niewidomych chłopców od dziewcząt? Niewidomych od głuchoniemych?

Część 7ma: Eksternat dla niewidomych.

Część 8ma: Nauczanie niewidomych razem z widomymi.

Część 9ta: Rzemiosła, dostępne i korzystne dla niewidomych.

Część 10ta: Ustrój zakładów.

Część 11ta: Pedagogiczny personal.

Część 12ta: Wydawnictwa dla niewidomych *en relief.*

Część 13ta: Opieka nad niewidomymi.

Część 14ta: O instytutach dla niewidomych (Najlepiej uczyć od 10 do 18 lat, 6 lat na przedmioty szkolne, 2 lata na rzemiosła.).

Część 15ta: Zjazdy tyflopedagogów (typhlos = ślepy); wystawy na nich.

Część 16ta: Statystyka ślepoty na Zachodzie.

Część 17ta: Środki zaradcze dla zmniejszenia ślepoty.

Część 18ta: Początki statystyki i środki zaradcze przeciw ślepocie w Rosyi.

Część 19ta: Cywilne i polityczne prawa niewidomych.

Część 20ta: Historya reliefu dla niewidomych; rozmaite systemy dla druku książek, przyrządy dla pisania (tyflografy) i t. p. (Dział ten opracowany pouczająco i wyczerpująco.).

Część 21sza: Znaczenie muzykalnego wykształcenia.

Wreszcie czcigodny autor podał w streszczeniu wyniki 14letniej działalności (1881—1894) kuratoryi opieki nad ślepymi w Rosyi.

Że o tych nieszczęśliwych zaczęto już myśleć od początku XVIII w., nic w tem dziwnego. Biorąc za podstawę pruską statystykę z r. 1880 — 22.687 zupełnie niewidomych na 27,278.911 mieszkańców, czyli 1 ślepy na 1.202 widomych — łatwo wyliczyć, że na całej ziemi z 1.452$^1/_2$ miliona ludności jest ślepych 1,210.066! Pomyślano też o nich w Europie i w Stanach Zjednoczonych Ameryki, a inicyatywę do tego dali ludzie... wielkiego serca. Kol. S. ze czcią wspomina zasłużonych na tem polu działaczy: Kleina w Niemczech, Georgi w Saksonii, Moldenhavera w Kopenhadze, Val. Haüy (w Paryżu i Petersburgu, gdzie założył instytut dla ociemniałych w roku 1807), niewidomego Louis Braille'a,

twórcę pisma *en relief* i w. w. innych. O naszym ks. Jakóbie Falkowskim, założycielu w Warszawie w r. 1817 instytutu dla ociemniałych i głuchoniemych [1]), zamilcza, cytując niejednokrotnie zgasłego przed 20 laty b. jego dyrektora Popłońskiego.

Kol. Skr. brał udział własnym kosztem w kilku międzynarodowych zjazdach tyflopedagogów i wystudyował lepsze europejskie zakłady dla ociemniałych. Ostatnimi czasy kongresy odbywały się dość często — wspomnę tylko o niektórych: pierwszy w N. Jorku (1856), Zürichu (1857), w Paryżu 2 (ostatni w r. 1900), Amsterdamie (1885), Frankfurcie (1882), Kolonii (1888), Dreznie (1876) — autor stwierdza w Saksonii znakomitą organizacyę opieki nad ślepymi, — Wiedniu (1873), w Berlinie 2 (1879 i 1898), Wrocławiu (1890), Madrycie (1892), Kielu (1891), Monachium (1895) i innych miastach.

Opisuje najlepiej urządzone zakłady dla ociemniałych, których w r. 1879 liczono w Austryi i Niemczech 32: w Wiedniu, Bernie, Kopenhadze, Dreznie i Lipsku, Neukloster (Meklem.), Düren (nadr. Prusy), Bydgoszczy, Gracu, N. Jorku, w Pensylwanii i t. d.

Szczegółowo opisuje druki, używane do czytania niewidomych: uncyał (Hebilda), iglasty (przyrząd Kleina) i punktowaty relief Braille'a, przyjęty przez wszystkie kulturalne państwa po berlińskim kongresie. Rosyjski uncyał-relief Skrebickiego wyszedł w druku w r. 1882, następnie druk Braille'a opracowany został staraniem pani Adler w Moskwie.

Po przeprowadzeniu pewnej polemiki z kancelaryą kuratoryi nad ślepymi w Petersburgu, która w ciągu pierwszych 14 lat czynności kosztowała 2 razy tyle, co czynności lekarskie (41233 rubli i 21796 rubli)! i korespondencyi z t. r. Grott'em, b. głównym kuratorem tej instytucyi, z których widać prawdę po stronie naszego kolegi, autor udziela w swem dziele kilka rozdziałów, zajmujących też i okulistów, a mianowicie rozdziały: XVI, XVII i XVIII. W tym ostatnim autor poświęca sporo miejsca (str. 677—685) tak dziś modnym ruchomym okulistycznym oddziałom, a które z punktu widzenia profanów, jak powiada, stanowią jakoby jedyny ratunek ludności od ślepoty. Nie zdjęciom zaćmy u dorosłych, lecz zapobieganiu uszkodzeń wzroku u dziatwy i młodzieży — tej przyszłej nadziei kraju — przysłużyć się tu można krajowi. Nie dziw więc, że ten system znalazł licznych przeciwników w gronie znanych spe-

[1]) Por. »Obchód setnej rocznicy urodzin ks. J. Falkowskiego, założyciela i pierwszego rektora Instytutu głuchoniemych i ociemniałych« (odb. z Pamiętnika z r. 1875). Warszawa 1876. Z portretem i pomnikiem tego dobroczyńcy, zm. w r. 1848.

cyalistów: prof. Adamiuka, Klewezala, Fiłatowa, Ławrentiewa, Zbankowa, Talki, którego cytuje cały artykuł z Dz. Warsz., i inn., żądających stałej, a nie lotnej okul. pomocy. »Żaden zagraniczny lekarz nie zaleci takiego sposobu w swojej ojczyźnie, a zostawi go tylko dla Rosyi« (Skrebeli). »Ruchome oddziały — jak każdy paliatywny środek — zamaskowują całą sprawę, czasowo i powierzchownie zamazują narodowe wrzody, odciągając siły i środki od gruntownych i korzystnych zaradczych sposobów» (Zbankow). I cóż pomogą takie ruchome oddziały — zapytuje autor — w Permskiej gubernii, w której na 3,100.000 ludności liczono w r. 1897—7500 niewidomych, a gdzie niema ani jednej ocznej lecznicy, prócz ocznego oddziału przy gubernialnym szpitalu? Są to całe dwa pułki ślepych, na widok których wzdrygnie się najmniej czułe serce! — słusznie powiada autor. Pomimo takich poważnych głosów w tej sprawie, karawana pchnięta z nad Newy w postaci ruchomych oddziałów, wciąż idzie nad Wolgą, Dnieprem, Dźwiną i Wisłą i iść jeszcze będzie, póki się nie zmieni moda i nie nastaną inne prądy. Należałoby tego życzyć jak najprędzej u nas, »nie ma bowiem kraju w Europie, gdzieby cierpienia oczne i ślepota tak rozprzestrzenione były, jak w Rosyi«. Najdłużej zatrzymałem się nad tym przedmiotem, ponieważ i my, Polacy, małpujemy ze złudzeniem w tej sprawie na czasie i, niestety, znajdują się między naszymi kolegami nie tylko hołdujący ruchomym oddziałom, lecz stający się niegrzecznymi w polemice z fachowcami (Marczewski), którzy głoszą zdanie takie, jak wypowiedział w rozbieranem dziele zasłużony przed laty praktyk i prawdziwy przyjaciel ociemniałych.

Aczkolwiek niedomagający na oczy, dzieło kol. Strebickiego (str. 1010!) — owoc 20letniej, iście benedyktyńskiej pracy — wystudyowałem z prawdziwą przyjemnością i pożytkiem. Jest to nabytek naukowy poważny, powiem nawet pomnikowy.

Dr J. Talko.

IV. LECZNICTWO.

Eukaina B. ma posiadać własności, wyróżniające ją przed innymi środkami znieczulającymi, a zwłaszcza a-eukainą.

Ażeby nie drażnić jak ta, powinna eukaina B. posiadać izotoniczną koncentracyę w stosunku do soków ciała i posiadać ciepłotę krwi.

Osiągnąć można to przez dodanie soli kuchennej w stosunku 0.6% dla silniejszych, a 0.8% dla słabszych rozczynów. Eukaina B.

nie rozszerza źrenicy, nie znosi jej oddziaływania na światło, nie poraża akomodacyi i nie zmienia napięcia gałkowego. Z powodu własności rozszerzania naczyń eukaina B byłaby przeciwwskazaną przy zapaleniu tęczówkowem, ale własność ta nie szkodzi przy operacyach. Używa się 2%owego roztworu do zapuszczania, a do Schleicha 1 *pro mille.*

Z wodochlorkiem eukainy B. dają się najrozmaitsze ciała chemiczne bez ujmy połączyć, tylko kwas salicylowy i sublimat zmieniają eukainę w połączenia mało rozpuszczalne. Dwutlenek dwuwodu (*Wasserstoff-superoxyd*) rozkłada eukainę. — Dtsche Ztschrif f. Chirurgie. October 1902, t. LXV, z. 5 i 6. *W.*

V. ROZMAITOŚCI.

Parafina zastrzykiwana po enukleacyach do woreczka Tenona celem lepszego wsadzania protezy. Dr Maitland-Ramsay poleca przytem następujące postępowanie: Po odłączeniu spojówki tuż przy rogówce i po odłączeniu pojedynczych mięśni, ostatnie przyszywa się do spojówki katgutem, a wyłuszczywszy wedle zasad sztuki gałkę, tamponuje się woreczek Tenona watą i zakłada szew kapciuchowy. Po wyjęciu zaś tamponu i rozwarciu torebki Tenona, wypełnia się ją rozpłynioną parafiną, gdy ta zaś tężeje, ściąga się szew kapciuchowy. Parafina, wypełniając wszystkie zakątki Tenona, daje doskonały kikut. —

La Clinique Ophtalm. Nr 6. 1903.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Przy szkole lekarskiej w Algierze utworzono klinikę okulistyczną, do której prowadzenia powołano Dra Brucha.

Dr Michał Mohr w Budapeszcie habilitował się dla okulistyki młodego wieku.

Prof. August Rothmund obchodził w końcu zeszłego miesiąca rocznicę 50letniej doktoryzacyi.